

Declaración De Capacidad Y Disponibilidad Para Trabajar

PLEASE REPLY BY: _____

BYB

Social Security Number

Claimant's Name

Call Center

CSR

Date Mailed

Cuando Ud. contactó nuestra oficina, Ud. indicó que tiene restricciones que puedan prevenirlo de aceptar un empleo; o que puedan limitar su disponibilidad para trabajar. La ley de seguro de Empleo, requiere que Ud. esté disponible para trabajar inmediatamente sin ninguna restricción.

Por favor, complete y envíe la información requerida en esta forma, de manera que se pueda tomar una determinación referente a su disponibilidad para trabajar. Esta información debe ser devuelta a nuestra oficina, a más tardar, en la fecha indicada en el encabezado de esta forma; de otra manera, se tomará una determinación con la información proporcionada en su expediente; lo cual podría resultar en la negación de sus beneficios de desempleo. Marque la respuesta que aplique a su situación y conteste las preguntas.

ENFERMEDAD O LESIÓN

1. ¿Cuál es la enfermedad o lesión? _____

2. ¿En qué fecha empezó su incapacidad para trabajar? _____

3. ¿Está Ud., en este momento, bajo cuidado médico?

SI Explique: _____

NO ¿Cuándo fue dado de alta para regresar a trabajar? _____

4. ¿Tiene Ud. alguna restricción médica? SI NO

Si la respuesta es SI, explique: _____

5. ¿Ha recibido o está recibiendo compensación de trabajadores desde su último día de trabajo? SI NO

Si la respuesta es SI, por favor indique:

Nombre del Agente: _____

Compañía de Seguros _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros _____

¿En qué fecha recibió su último pago de beneficios de compensación de trabajadores? _____

¿Es ésta una incapacidad temporal o permanente? _____

Nombre de Aplicante (claimant name): _____ SSN: _____

PRINCIPAL PROVEEDOR DE CUIDADOS

6. Tengo en mi casa una persona que requiere de cuidados mientras trabajo.

SI. Provea el nombre y la dirección de la persona que provee el cuidado. Esta persona puede ser un amigo, familiar, vecino, o puede tratarse de un arreglo temporal hasta que se puedan hacer arreglos permanentes.

NO. ¿Qué ha cambiado desde que UD. contactó nuestra oficina? _____

TRANSPORTE

7. **SI** **Si tengo** **NO** **No tengo** transporte para ir a trabajar o para buscar trabajo. (Si Ud. tiene alguna manera de ir a sus entrevistas de trabajo y llegar a trabajar, su respuesta es SI. Puede recibir ayuda de amigos, familiares o usar transporte público si Ud. no tiene su propio vehículo.) Si Ud. **NO** tiene un método de transporte, explique _____

8. Estoy dispuesto a viajar _____ millas para llegar a mi próximo trabajo.

9. El mínimo pago que aceptaré recibir en mi próximo empleo es _____ por hora.

TODOS LOS APLICANTES DEBEN COMPLETAR ESTA PARTE

10. ¿Qué tipo de trabajo busca? _____

11. Yo **tengo** **no tengo** experiencia o entrenamiento en este tipo de trabajo.

¿Cuánta experiencia tiene? _____ días; meses; años de experiencia.

12. Estoy dispuesto a trabajar desde _____ AM PM hasta _____ AM PM _____ días a la semana.

13. Estoy dispuesto a trabajar Primer Segundo Tercer turno (Marque todas las opciones que apliquen a su disponibilidad)

Si Ud. sólo quiere trabajar un turno específico, por favor explique por qué? _____

Haga una lista de los contactos hechos para conseguir trabajo durante los últimos 7 días. Si no ha buscado trabajo, por favor explique por qué? _____

Fecha del contacto	Nombre del empleador	Método del contacto	Resultados

Certificación del aplicante: Con mi mejor conocimiento, la información proveída en esta forma, es verdadera, correcta y completa. Lo certifico, sabiendo que la ley provee penalidades por dar falso testimonio o por retener información para obtener beneficios que no me corresponden.

Firma del aplicante: _____

Fecha de la firma: _____

ENVIE A:
Unemployment Insurance Call Center
PO Box 3539
Topeka, KS 66601-3539
Fax 785-96-3249